

[별지 제3호서식] <개정 2020. 9. 11.>

| 검진독촉통지서                                                                                                                                                                                                             |    |   |        |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|--------|---|
| 일련번호                                                                                                                                                                                                                |    | 호 |        |   |
| 검진<br>대상자                                                                                                                                                                                                           | 성명 |   | 주민등록번호 |   |
|                                                                                                                                                                                                                     | 주소 |   |        |   |
| 당초 검진지시<br>일시                                                                                                                                                                                                       |    | 년 | 월      | 일 |
| 검진 연기사유                                                                                                                                                                                                             |    |   |        |   |
| 검진 일시                                                                                                                                                                                                               |    | 년 | 월      | 일 |
| 검진기관명                                                                                                                                                                                                               |    |   |        |   |
| 검진기관 소재지                                                                                                                                                                                                            |    |   |        |   |
| <p>「후천성면역결핍증 예방법」 제8조 및 같은 법 시행령 제12조제3항에 따라<br/>위와 같이 검진할 것을 독촉하오니 검진일시에 검진기관에 나오셔서 검사를<br/>받으시기 바랍니다.</p> <p>년                  월                  일</p> <p>질병관리청장<br/>시·도지사                  인<br/>시장·군수·구청장</p> |    |   |        |   |

190mm × 268mm[인쇄용지(2급) 60g/m<sup>2</sup>]